

中西医结合治疗脾切除术后发热 38 例

★ 季晓亮 陈建华 (浙江省湖州市中医院普外科 湖州 313000)

关键词:脾切除术后;发热;中西医结合疗法

中图分类号:R 619.3 文献标识码:B

自 2000 年 4 月~2008 年 4 月,我院普外科共收治 116 例肝炎后肝硬化门静脉高压症患者,行脾切除门奇静脉断流术或单纯脾切除术,其中术后体温高于 38.4℃、持续发热 1 周以上者 38 例,采用对因辨症的中西医结合方法治疗,取得了良好的疗效,现介绍如下:

1 临床资料

38 例中男 21 例,女 17 例;年龄 35~78 岁,平均 59.62 岁。其中行脾切除门奇静脉断流术 26 例,单纯脾切除术 12 例。

发热时间从术后 4~5 天开始,持续 7~16 天,平均发热 12.63 天。发热体温波动在 38.4~39.8℃之间,平均 38.75℃。彩色多普勒及 CT 检查发现单纯腹水 17 例,单纯胸腔积液 6 例,腹水并胸腔积液 4 例,脾窝积液 4 例,门静脉血栓 2 例,脾静脉血栓 1 例,胰尾显影不清晰 1 例,不明原因 3 例。

2 治疗方法

2.1 西医治疗 选择有效抗生素,调整酸碱及水、电解质平衡,对体温过高者采用物理降温及吲哚美辛、短期使用糖皮质激素等治疗;10 例胸腔积液者行超声定位下穿刺抽液术,4 例脾窝积液者行超声引导下穿刺引流术,3 例静脉血栓者常规应用尿激酶加祛聚药物治疗。

2.2 中医治疗 (1)辨证属脾胃虚弱,水谷运化失健,肝胆郁热者用小柴胡汤加减:柴胡 25 g,半夏 15 g,党参 20 g,黄芪 20 g,莱菔子 15 g,黄芩 15 g,大黄 5 g,白芍 15 g,大枣 5 枚,甘草 5 g。水煎服,1 剂/天。(2)辨证属气滞血瘀,毒热内扰者用血府逐瘀汤加减:当归 15 g,红花 10 g,桃仁 12 g,赤芍 10 g,五灵脂 15 g,川芎 15 g,丹皮 15 g,枳壳 15 g,川牛膝 10 g,滑石 20 g,桔梗 10 g,甘草 10 g,白芷 15 g,黄芩 15 g,大黄 10 g。水煎服,1 剂/天。(3)辨证属瘀血内停,瘀热互结者用桃红四物汤加减:生地 20 g,当归 20 g,赤芍 15 g,酒川芎 15 g,桃仁 15 g,红花 15

g,乳香 10 g,没药 15 g,血竭 10 g,水蛭 10 g,地龙 15 g,柴胡 10 g,黄芩 20 g。水煎服,1 剂/天。

3 治疗结果

38 例病人采用上述中西医结合方法治疗,口服中药后 48 小时内体温逐步降至正常者 16 例,48~72 小时者 14 例,>3 天者 8 例。平均体温降至正常为 2.96 天。彩色多普勒及 CT 复查较治疗前 27 例胸腹水明显减少,4 例脾窝积液消失,3 例静脉血栓缩小。

4 讨论

门脉高压症脾切除术后持续发热 2 周以上者文献报告达 8.8%~49.2%^[1],本组发病率为 20.5%。仔细查找分析发热的原因主要有以下几点:(1)胸腹腔感染:门脉高压症脾切除术后,肝功能不良,免疫力下降、手术创伤大、低蛋白血症、胸腹水形成以及肠道细菌移位而引发感染^[2];另外行脾切除术时处理脾蒂易损伤胰尾,由于胰痿引起周围组织的消化继发感染形成脓肿引起发热。(2)左膈下积血、积液:由于门脉高压病人凝血机制障碍,手术后创面渗血,脾切除术后左膈下有较大腔隙,若手术后引流不畅,加之膈肌运动所形成的膈下负压,易导致左膈下积血、积液引起发热。(3)门静脉系统血栓形成:Okuda^[3]的尸解报告提示肝硬化门静脉栓塞率为 6.5%,脾切除术后门静脉血栓发生率为 22.2%;门脉高压症患者术后血小板明显增加,门静脉压力下降引起门静脉系统血流变缓,血液易瘀滞,脾切除术脾静脉被结扎后形成一盲端,易使脾静脉内形成血栓,导致血栓性静脉炎,引起发热。

门脉高压症脾切除术后持续发热是外科临床工作中较为常见且处理相对棘手的问题,往往单纯使用抗生素难以达到理想的治疗效果,需要在术前、术中、术后三方面综合处理。该类患者术前应进行肝功能分级,对 Child C 级者应慎重考虑能否手术,即使手术也宜简单、迅速^[4];手术中应彻底止血,手术

杞菊地黄汤加减联合西医综合疗法治疗电脑终端视疲劳 40 例

★ 马慧 指导:张智军 (陕西中医学院附属医院眼科 咸阳 712000)

关键词:VDT;视疲劳;中西医结合疗法

中图分类号:R 442.8 文献标识码:B

操作电脑终端(video display terminal, VDT) 过久有时会头昏、头胀、颈和腰背酸痛、四肢酸麻、食欲减退、便秘和视疲劳,称为 VDT 综合征(video display terminal syndrome, VDTS)^[1]。其表现的视疲劳主要症状有:视物模糊、眼胀痛、眼干涩、异物感、眼皮沉重感、畏光流泪、甚至头痛、恶心、复视等。据一些调查显示,电脑作业者的视疲劳发生率约为 50%~90% 以上^[2]。西医对症治疗常难以奏效。笔者自 2004 年以来,采用中药杞菊地黄汤加减联合西医综合疗法治疗 VDT 视疲劳 40 例,疗效较满意。现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择眼科门诊患者 80 例且辨证属肝肾不足者。按随机数字表法分为治疗组和对照组。治疗组 40 例,男性 22 例,女性 18 例;年龄 16~57 岁,平均

(39.7 ± 5.6) 岁;病程 1 个月~5 年,平均 11 个月。对照组 40 例,男性 23 例,女性 17 例;年龄 15~59 岁,平均 (40.3 ± 6.0) 岁;病程 3 周~4 年,平均 10.5 个月。两组病例经统计学处理,差异无显著性意义 ($P > 0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准

参照《临床疾病诊断依据治愈好转标准》^[3] 的诊断标准拟定。(1)全部患者均有半年以上的 VDT 操作史,且每天接触时间均在 2.0 小时以上。(2)常规眼部检查(视力、裂隙灯、眼压),排除青光眼、隐斜及其他眼部感染性疾病和糖尿病等全身性疾病。(3)眼部症状:视物模糊、复视、眼胀痛、眼干涩、异物感、眼皮沉重感、畏光流泪等。(4)伴有不同程度的头痛、头昏、项背酸痛、身倦、纳呆等全身症状。

1.3 治疗方法

减治疗,以化瘀散结为原则。通过以上资料,笔者认为采用中西医结合、辨证施治的办法来处理门脉高压症脾切除术后持续发热的病人是安全合理、疗效确切的,特别是中药治疗能明显促进机体恢复,缩短住院时间,降低医疗费用。

参考文献

- [1] 田雨霖. 门静脉高压症脾切除术后腹部并发症引起的发热[J]. 实用外科杂志, 1989, 9(6): 285-286.
- [2] 朱建平, 张同琳, 侯纯升, 等. 肝硬化门静脉高压术后近期感染[J]. 现代外科, 1999, 5: 22-24.
- [3] Okudak, Ohnishi K, Kimura K, et al. Incidence of portal vein thrombosis in liver cirrhosis. An angiographic study in 708 patients[J]. Gastroenterology, 1985, 89(2): 279-286.
- [4] 朱雄伟, 王强, 胡志前, 等. 门脉高压症患者脾切除术后持续性发热的原因分析[J]. 临床军医杂志, 2004, 3: 47-49.

(收稿日期:2008-06-03)

创面用生物胶或化学胶封闭,将手术创面腹膜化,并常规放置膈下引流并保持引流通畅,必要时负压吸引,在处理脾蒂时搬脾出腹腔后应首先将胰尾推开,再处理脾动、静脉,避免集束结扎,从而防止胰尾损伤造成胰瘘而继发感染;手术后选择有效抗生素,调整酸碱及水、电解质平衡,加强营养支持治疗,使用生长抑素降低门静脉压力,有胸水、脾窝积血积液时超声引导下穿刺抽液引流,尿激酶加祛聚药物治疗静脉血栓。在采用上述治疗方式患者体温仍难以得到控制时,我们通过辨证分型,辅以中药治疗。对水谷精微不得输布全身,身倦无力、懒言、不欲饮食、口苦咽干、脉弦数者予小柴胡汤加减治疗,以和解表里、益气、扶正、泻热为治疗原则;对左上腹胀满,面色晦暗萎黄、舌质紫暗、脉沉者予血府逐瘀汤加减治疗,以活血化瘀、理气行气为原则;对门静脉系统血栓所造成的瘀血内停、瘀热互结者予桃红四物汤加